

---

## INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

---

Si vous avez des préoccupations concernant un incident survenu dans une maison de retraite agréée qui a causé ou pourrait causer un préjudice à un ou plusieurs résidents, veuillez remplir et soumettre ce formulaire pour informer l'ORMR de l'incident et lui permettre de prendre les mesures qui s'imposent.

Quiconque constate ou soupçonne qu'un ou plusieurs résident(s) subissent ou risquent de subir un préjudice doit le signaler à l'ORMR. Il incombe à l'ensemble des membres des familles et des mandataires spéciaux, ainsi qu'au personnel et aux exploitants des maisons de retraite, de contribuer à la protection des résidents. Les membres d'une profession de la santé réglementée, comme les médecins, les infirmières et infirmiers et les travailleurs sociaux, ont également l'obligation de signaler tout préjudice ou risque de préjudice envers un ou plusieurs résidents.

Les signalements de préjudices ou de risques de préjudice peuvent être faits de façon anonyme – **vous n'avez pas l'obligation de fournir votre nom ou vos coordonnées lors du signalement.**

Indiquez tous les renseignements dont vous disposez ou que vous acceptez de communiquer. Afin de vous aider à remplir et à comprendre ce formulaire, certains mots ou passages sont soulignés en pointillé pour indiquer que des définitions sont disponibles. Les définitions figurent dans la section suivante :

- **Résident ou résidente** : Personne vivant dans une maison de retraite agréée.
- **Maison de retraite**: Tout ou partie d'un ensemble d'habitation pour lequel l'ORMR a délivré un permis d'exploitation en tant que maison de retraite.
- **Mandataire spécial ou mandataire spéciale (MS)** : Personne légalement autorisée à prendre une décision ou à donner ou à refuser son consentement au nom d'une autre personne, lorsque cela s'avère nécessaire. Il peut s'agir, par exemple, d'une personne détenant une procuration.
- **Incident** : Cas allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un ou plusieurs résidents, et/ou autre comportement causant un préjudice ou un risque de préjudice à cette ou ces personnes.

Afin de vous faciliter la tâche, nous avons inclus des instructions pour chaque section. Pour toute question ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, il vous suffit de communiquer avec nous en composant le [1 855 275-7472](tel:18552757472).

---

## COMMENT REMETTRE LE PRÉSENT FORMULAIRE

---

Le formulaire dûment rempli et enregistré peut être envoyé par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées suivantes :

### Courriel

Une fois le formulaire rempli, enregistrez-le sur votre ordinateur et envoyez-le par courriel à [info@rhra.ca](mailto:info@rhra.ca).

### Télécopieur

1 855 631-0170

### Courrier

**Office de réglementation des maisons de retraite**

À l'attention de : Complaints Intake

55, rue York, bureau 700

Toronto (Ontario) M5J 1R7

**RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE SIGNALANT LE PRÉJUDICE OU LE RISQUE DE PRÉJUDICE**

Nom de la personne qui établit le rapport : \_\_\_\_\_

Poste ou titre : (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Comment préférez-vous communiquer avec l'ORMR ?

Adresse électronique

Téléphone

**RENSEIGNEMENTS SUR LA MAISON DE RETRAITE**

Nom de la maison de retraite : \_\_\_\_\_

Numéro de permis : \_\_\_\_\_

**Coordonnées**

Numéro de la rue : \_\_\_\_\_

Nom de la rue : \_\_\_\_\_

Ville ou village : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉSIDENT OU LA RÉSIDENTE**

Veillez fournir le nom, le numéro de chambre et les coordonnées (si vous les connaissez) du résident ou de la résidente qui fait l'objet de ce signalement.

Nom du résident : \_\_\_\_\_

Numéro de suite : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Si vous savez si le résident ou la résidente occupe une chambre subventionnée (c'est-à-dire s'il ou elle reçoit une aide financière du gouvernement, d'un hôpital ou d'un autre programme pour payer sa chambre), veuillez indiquer ci-dessous la source du financement ou de la subvention. Si vous l'ignorez, veuillez laisser cette section vide.

Source du financement ou de la subvention : \_\_\_\_\_

Si le résident ou la résidente a un mandataire spécial ou une mandataire spéciale (MS), veuillez fournir ses coordonnées.

Nom du MS : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

La résidente ou le résident (ou la ou le MS) sait-il que vous effectuez ce signalement?

Oui

Non

**RESIDENT 2 INFORMATION**

---

Si une autre résidente ou un autre résident est concerné, veuillez fournir ci-dessous les renseignements la ou le concernant.

Nom du résident : \_\_\_\_\_ Numéro de suite : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Si vous savez si le résident ou la résidente occupe une chambre subventionnée (c'est-à-dire s'il ou elle reçoit une aide financière du gouvernement, d'un hôpital ou d'un autre programme pour payer sa chambre), veuillez indiquer ci-dessous la source du financement ou de la subvention. Si vous l'ignorez, veuillez laisser cette section vide.

Source du financement ou de la subvention : \_\_\_\_\_

Si le résident ou la résidente a un mandataire spécial ou une mandataire spéciale (MS), veuillez fournir ses coordonnées.

Nom du MS : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_

La résidente ou le résident (ou la ou le MS) sait-il que vous effectuez ce signalement?      Oui      Non

**RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LES MEMBRES DU PERSONNEL / FOURNISSEURS DE SOINS**  
(s'il y a lieu)

---

Veuillez fournir les renseignements suivants sur le ou les membres du personnel de la maison de retraite ou sur le ou les prestataires externes dont l'implication dans l'incident est présumée ou connue.

**MEMBRE DU PERSONNEL N° 1**

---

Nom : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

**MEMBRE DU PERSONNEL N° 2**

---

Nom : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

**MEMBRE DU PERSONNEL N° 3**

---

Nom : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LES TÉMOINS

---

Veillez fournir les renseignements suivants sur le ou les personnes (membre du personnel, fournisseur de soins, membre de la famille, ami) qui ont assisté à l'incident.

### TÉMOIN N° 1

---

Nom :

---

Numéro de téléphone :

---

Poste ou titre : (s'il y a lieu)

---

### TÉMOIN N° 2

---

Nom :

---

Numéro de téléphone :

---

Poste ou titre : (s'il y a lieu)

---

### TÉMOIN N° 3

---

Nom :

---

Numéro de téléphone :

---

Poste ou titre : (s'il y a lieu)

---

## DÉCRIVEZ L'INCIDENT

---

### Quelle est la nature de l'incident?

J'estime qu'un résident ou une résidente subit ou risque de subir un préjudice par suite (sélectionnez tous les types de préjudices qui s'appliquent selon vous):

De l'administration d'un traitement ou de soins au résident ou à la résidente de façon inappropriée ou incompétente. Cela pourrait comprendre une mauvaise manipulation d'un(e) résident(e) ou une erreur dans la prestation des soins (p. ex., avec des médicaments).

De mauvais traitements infligés au résident ou à la résidente par qui que ce soit (mauvais traitements d'ordre psychologique, physique, sexuel ou verbal, et/ou fait de faire l'objet d'exploitation financière).

D'un acte de négligence commis envers le résident ou la résidente par le ou la titulaire de permis ou le personnel de la maison de retraite. Cela pourrait comprendre le défaut de prodiguer des soins ou de l'assistance à un résident.

D'un acte illégal (vol de médicaments par le personnel, facturation de droits illégaux, expulsion illégale, ou activité illégale, etc.).

De la mauvaise utilisation ou du détournement de l'argent du résident ou de la résidente.

**PRÉCISIONS SUR L'INCIDENT OU LES INCIDENTS**

---

Date de l'incident ou des incidents:

---

Date à laquelle l'incident ou les incidents ont été découverts et/ou signalés à la maison de retraite:

---

Description de l'incident ou des incidents: (Veuillez inclure tous les détails pertinents)

### **MESURES PRISES ET SUIVI**

---

Décrivez les mesures prises par la maison de retraite en réponse à l'incident ou aux incidents, s'il y a lieu, et fournissez le nom de la personne-ressource principale de l'établissement. Si vous ignorez qui est la personne-ressource principale de la maison de retraite, vous pouvez indiquer le numéro de téléphone général de l'établissement ou les coordonnées d'un membre du personnel à qui vous avez eu affaire.

### **AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS**

---

Veillez fournir d'autres renseignements pertinents, notamment sur la confidentialité, la langue ou d'autres considérations.

**AVIS**

---

Le Code de l'ORMR sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée s'applique aux renseignements fournis à l'ORMR par le biais de ce formulaire. Le [Code sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée](#) est disponible ici sur le site Web de l'ORMR. L'ORMR limitera l'utilisation de tous les renseignements personnels sur la santé recueillis au moyen de ce formulaire à l'exercice de ses fonctions en vertu de la Loi sur les maisons de retraite, y compris pour répondre à la personne soumettant ce signalement.

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Une fois le formulaire rempli, veuillez l'enregistrer sur votre ordinateur.  
Vous pouvez ensuite choisir de l'envoyer par la poste, par télécopieur ou par courriel à [info@rhra.ca](mailto:info@rhra.ca).

Pour toute question sur le processus de signalement de l'ORMR ou pour communiquer avec nous, veuillez composer le 1 855 275-7472 ou envoyer un courriel à [info@rhra.ca](mailto:info@rhra.ca).